

## Inscripción en servicios de cuidado infantil diurno para niños menores de dos (2) años de edad (Day Care Intake for Child Under Two (2) Years Old)

**Uso del formulario:** La información de carácter personal que se solicita en este formulario tiene como objeto ayudar a brindar servicios de cuidado infantil de calidad y será utilizada solamente con ese fin.

**Instrucciones:** El padre o la madre del niño deben completar el presente formulario antes de que el niño asista por primera vez. Se lo puede actualizar periódicamente.

### NOMBRE Y DIRECCIÓN DE PADRE, MADRE E HIJO

Nombre del niño (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Sobrenombre (si corresponde)	Fecha de nacimiento (mes/ día/ año)
Nombre del padre / madre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Número de teléfono particular ( )
Dirección del padre / madre (calle , ciudad, estado, código postal)		

### SALUD

Marque lo que corresponda.

<input type="checkbox"/>	¿Tiene o tuvo el niño algún tipo de alergia o afección física particular? Describalas.
<input type="checkbox"/>	¿Tuvo el niño alguna enfermedad grave, convulsión, operación o accidente? Describalas. Especifique la fecha en que ocurrieron.
<input type="checkbox"/>	¿Tiene el niño frecuentes resfríos, infecciones en los oídos, cólicos, etc.? Describalos.

ACTUALIZACIONES

### COMIDAS

Horario actual de las comidas	¿Hace cuánto tiempo que se sigue el actual horario de las comidas?
Tipo de alimentos <input type="checkbox"/> Fórmula (biberón) <input type="checkbox"/> Alimentos sólidos colados <input type="checkbox"/> Alimentos de crecimiento o <i>Junior</i> <input type="checkbox"/> Comida de mesa <input type="checkbox"/> Leche (especifique):	
Cuando el niño come, <input type="checkbox"/> permanece sentado en el regazo <input type="checkbox"/> lo hace sentado en una silla alta <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	
¿Se alimenta solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Si la respuesta es "Sí", utiliza: <input type="checkbox"/> cuchara <input type="checkbox"/> tenedor <input type="checkbox"/> las manos	
Problemas especiales para comer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Si la respuesta es "Sí", especifique.	
Alergias a alimentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Si la respuesta es "Sí", especifique.	
Alimentos preferidos. Especifique.	
Alimentos que rechaza. Especifique.	

ACTUALIZACIONES

## SUEÑO

Horario actual del sueño	¿Hace cuánto tiempo que se sigue el actual horario de sueño?
Se duerme fácilmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado de ánimo al despertar. Descríbalo.
Se duerme con juguete(s) favorito(s) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", mencione el / los juguetes.
Posición para dormir <input type="checkbox"/> De espaldas <input type="checkbox"/> De costado o boca abajo	No se recomienda la posición de costado o boca abajo. Si se marca la opción "de costado o boca abajo", el padre o la madre deben presentar una declaración de un médico que recomiende que el niño duerma en dicha posición.
ACTUALIZACIONES	

## PAÑALES / CONTROL DE ESFÍNTERES

Tipo de pañal <input type="checkbox"/> De tela <input type="checkbox"/> Descartables	Pañales suministrados por los padres <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Uso de bombachita de goma <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces	Si la respuesta es "A veces", especifique:
Piel muy sensible <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Irritaciones frecuentes por uso del pañal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Utiliza aceite, talco o loción <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", especifique el nombre del producto.
Se intenta que el niño abandone los pañales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", describa la rutina:
Tipo de asiento de inodoro utilizado en su casa <input type="checkbox"/> Inodoro infantil <input type="checkbox"/> Asiento especial para inodoros <input type="checkbox"/> Asiento común de inodoros	
Evacuación intestinal regular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Frecuencia: _____ Horarios: _____
Problemas para evacuar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", descríbalos.
ACTUALIZACIONES	

## COMUNICACIÓN ORAL

Idioma que habla la familia. Especifique. <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	Si la respuesta es "Otro", especifique:
Edad a la cual el niño comenzó a hablar.	El niño se expresa con: <input type="checkbox"/> Palabras <input type="checkbox"/> Oraciones
Palabras utilizadas para describir necesidades especiales. Especifique.	
ACTUALIZACIONES	

## MANERAS DE CALMAR AL NIÑO

¿El niño tiene algún momento en que se irrita con más facilidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", especifique en qué momento.
¿Cómo se debe tratar al niño en esos momentos?	
Al niño le gusta que: <input type="checkbox"/> lo tengan en brazos <input type="checkbox"/> le canten <input type="checkbox"/> lo mezan o acunen <input type="checkbox"/> le lean <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	

Cosas especiales que le dice o hace al niño para calmarlo.

ACTUALIZACIONES

---

## AUTOEXPRESIÓN

¿Qué es lo que provoca enojo o frustración en el niño?

¿Qué asusta al niño y cómo manifiesta su temor?

¿Cómo manifiesta el niño sentimientos tales como alegría o placer?

Comentarios adicionales

ACTUALIZACIONES

---

## DESARROLLO FÍSICO Y SOCIAL

El niño puede (marque lo que corresponda):

Sentarse solo    Incorporarse con sus brazos    Gatear    Caminar de la mano de otra persona    Caminar sin ayuda

¿El niño está acostumbrado a jugar con otros?    Sí    No

Comentarios

---

## VARIOS

Juguetes y actividades que el niño prefiere, dentro de la casa y al aire libre. Especifique:

Adentro

Al aire libre

ACTUALIZACIONES

Al suministrar información completa acerca de su hijo o hija, usted ayudará a que el personal pueda hacer que el centro de cuidado diurno de niños sea una experiencia positiva. Mencione cualquier información acerca de los hábitos, habilidades y personalidad de su hijo o hija que considere útil para el personal que lo atiende.

Firma Padre / madre o tutor

Fecha